

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1946
Année 1940

THÈSE

N°

882

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert AJAVON

Né à LOME (Togo), le 10 avril 1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMYOMES COMPLIQUÉS DE SALPINGITES AIGÜES

Président : M. CHEVASSU, Professeur.

BORDEAUX
IMPRIMERIES DELMAS

6, place Saint-Christoly

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert AJAVON

Né à LOME (Togo), le 10 avril 1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMYOMES COMPLIQUÉS DE SALPINGITES AIGÜES

Président : M. CHEVASSU, Professeur.

BORDEAUX

IMPRIMERIES DELMAS

6, place Saint-Christoly

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Henri)...	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)...	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)...	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS....	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHE T	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens.

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE....	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A qui je dois d'être médecin. En témoignage de ma reconnaissance et de ma respectueuse affection.

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOULONGUET

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui a bien voulu m'initier à la grande
chirurgie. Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de mon profond respect et de
toute mon admiration.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

AUX MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

A NOS JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

Qui nous fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de
notre très respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Fibromyomes compliqués de salpingites aiguës

INTRODUCTION

Dans le service du Professeur agrégé Moulonguet, où je faisais fonction d'externe, entrèrent presque coup sur coup plusieurs malades atteintes de fibromyomes utérins avec fièvre.

Le cas de l'une d'elles m'a si vivement impressionné que j'ai décidé, avec la permission de mon maître, d'en faire le sujet de ma thèse.

Ce travail, que j'ai voulu le plus personnel possible, comprendra les chapitres suivants :

- 1° Brève exposition de deux observations de malades.
- 2° Difficulté du diagnostic des complications annexielles aiguës de ces fibromes.
- 3° Processus pathogénique de ces complications.
- 4° Faut-il intervenir systématiquement dans tous les fibromes pour en éviter les complications ?

S'il m'arrive au cours de cet exposé d'émettre des idées peu généralement admises, veuillez ne trouver là que l'expression de ma sincérité de pensée et l'enthousiasme de ma trop jeune expérience.

Je prie donc mes maîtres et mes aînés de bien vouloir m'accorder toute leur indulgence.

CHAPITRE PREMIER

EXPOSITION DE DEUX OBSERVATIONS DE MALADES

OBSERVATION I.

Mme R... (Julie), 45 ans, entre le 8 mars 1940 dans le service pour une crise abdominale aiguë avec température élevée (38 à 39 degrés) et des phénomènes de péritonisme. Le ventre est entièrement distendu. L'interrogatoire révèle que la malade souffre de ménorragies depuis plusieurs mois et de métrorragies apparues depuis plusieurs semaines. Ces phénomènes sont accompagnés de douleurs diffuses dans tout l'hypogastre.

Le toucher combiné au palper révèle la présence d'une masse abdomino-lombaire volumineuse et provoque une douleur vive au niveau du cul-de-sac de Douglas. La tension artérielle est de : Mx, 15,5; Mn., 10,5; le temps de saignement, de 2 min. 1/2, et le temps de coagulation de 7 minutes.

Urée sanguine : 0 g. 95.

La laparotomie pratiquée le 11 mars montre un fibrome volumineux avec un gros noyau sous-péritonéal dans le flanc et la fosse lombaire droite. Ce fibrome est compliqué d'un pyosalpinx droit très fétide.

L'ouverture de la pièce d'opération a montré l'existence d'un polype sous-muqueux gros comme une petite banane, lequel n'a pas été soupçonné, le col étant resté fermé.

La malade a été emportée le 13 mars par une péritonite généralisée dans l'hyperthermie (40°2) et l'agitation.

OBSERVATION II.

Mme C... (Léa), 47 ans, entre dans le service le 8 mars pour un épisode dramatique caractérisé par :

- 1° des douleurs vives, continues, dans l'hypogastre, avec irradiation dans les fosses lombaires;
- 2° des vomissements bilieux abondants et répétés;
- 3° de la rétention des urines : la malade n'a pas uriné depuis la veille;
- 4° une ascension thermique à 40°9.

Ces phénomènes sont apparus brutalement la veille de l'entrée de la malade dans le service, c'est-à-dire le deuxième jour de ses règles.

L'interrogatoire nous apprend que, depuis six mois, la malade présente de la dysménorrhée; elle voit ses règles, devenues abondantes, mais de durée normale (cinq jours), se répéter deux fois dans le même mois.

Jusque-là elle a été toujours bien portante et bien réglée et ignorait même l'existence de son fibrome.

Les urines recueillies par sondage sont claires et contiennent, à l'examen microscopique, des colibacilles.

Pas d'autres signes objectifs qu'un fibrome volumineux et douloureuse avec une légère défense diffuse de la paroi abdominale sans localisation précise.

La malade, mise en observation pour différents examens de laboratoire qui, du reste, se sont révélés négatifs (hémoculture, séro-diagnostic...), continue à présenter une température oscillant entre 39 et plus de 40 degrés.

La laparotomie pratiquée le 12 mars a montré un gros fibrome projeté en avant par deux énormes pyosalpinx.

Depuis l'intervention, la température, baissant progressivement, se maintient à l'heure actuelle à la normale.

CHAPITRE II

DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC DE CES COMPLICATIONS

On a signalé que si de nombreux cas de myomatose évoluent silencieusement sans aucun symptôme, une série de cas bien déterminés peuvent néanmoins occasionner les signes les plus variés : hémorragies, douleurs sourdes, intermittentes ou brusques rappelant parfois celles de l'enfantement, signes péritonitiques, troubles vésicaux et intestinaux, puis, aux stades plus avancés, on peut observer une altération de l'état général : troubles cardiaques, hyperthermie, frisson, etc.

Nous voyons par là combien il est difficile de faire un diagnostic positif en face du chaos symptomatique que donnent parfois les altérations utéro-annexielles, et on est souvent conduit à passer à côté du diagnostic. Ainsi, à propos de la malade dont le cas sert de thème à ma première observation, plusieurs diagnostics ont été posés.

A cause du caractère des douleurs et aussi à cause des poussées fébriles et du contact lombaire droit, on a pensé successivement à une hydronéphrose droite infectée et à un kyste de l'ovaire droit compliqué. On décide de surveiller l'évolution avant l'intervention chirurgicale. Dès le lendemain de l'entrée de la malade, on pratique le cathétérisme de l'uretère droit. On recueille alors des urines claires dont l'examen au micro-

scope ne révèle rien de particulier. Le diagnostic d'hydronéphrose est abandonné et on retient seulement celui de kyste de l'ovaire compliqué. L'état de la malade s'aggrave; elle souffre de plus en plus, et il n'y a pas de régression des signes péritonéaux; on se décide donc à l'opérer.

Nous avons vu qu'il s'agit, en réalité, d'un fibrome énorme compliqué d'un pyosalpinx droit très compliqué. *fétide.*

Signalons en passant que le diagnostic de fibrome n'a pas été retenu à cause du volume monstrueux de la tumeur et aussi en raison de la température, qui n'orientent pas d'ordinaire à penser à ce diagnostic.

Reprenons notre observation II. Nous avons vu que Mme C... (Léa) est entrée pour un épisode aigu caractérisé par :

- 1° des douleurs vives, continues, siégeant dans l'hypogastre avec irradiation dans les fosses lombaires;
- 2° des vomissements bilieux abondants et répétés;
- 3° de la rétention des urines;
- 4° une ascension thermique à 40°9.

Le toucher, combiné au palper, nous montre l'existence d'un fibrome gros et douloureux.

Sur ce syndrome clinique, très complexe en vérité, il est difficile de mettre avec certitude une étiquette déterminée. Aussi a-t-on envisagé et éliminé tour à tour les diagnostics suivants : appendicite aiguë nécrotique, pyélonéphrite, pour ne retenir finalement que le diagnostic de fibrome compliqué de nécrobiose aseptique. En effet, cette altération anatomique, qui s'accompagne rarement de signes révélateurs, peut, dans quelques cas, présenter une symptomatologie calquée sur celle que

nous venons d'exposer. La nécrobiose peut, en effet, se manifester par des phénomènes douloureux :

« Cette douleur est le plus souvent latente, la femme se plaignant vaguement de souffrir dans les reins, l'épigastre ou dans la fosse iliaque; rarement elle est brutale, en coup de poignard. Elle s'installe lentement, puis se manifeste bientôt sous forme de crises avec réactions péritonéales : vomissements, ballonnement du ventre, constipation. En même temps survient de la fièvre pouvant atteindre 39 et même 40 degrés. Les signes locaux sont les plus importants. D'abord la femme, qui souvent ne savait pas qu'elle était porteuse de fibrome, voit son abdomen grossir rapidement... A l'examen de l'abdomen, peu de chose à l'inspection... Le palper donne des renseignements plus importants; quand la main se trouve en contact avec le fibrome, on s'aperçoit qu'il est particulièrement sensible, alors que le reste de l'utérus ne l'est pas. La douleur provoquée est souvent très vive et ressentie sur toute la surface de la tumeur... »

Cette longue citation, tirée de l'article de M. le Professeur A. Brindeau : La nécrobiose aseptique des fibromes chez la femme enceinte, paru dans la *Revue française de gynécologie et d'obstétrique* (avril 1939), montre que le tableau clinique qu'il nous décrit se superpose presque parfaitement au syndrome présenté par notre malade.

Mais nous avons vu à l'intervention qu'il s'agit d'un fibrome compliqué d'un pyosalpinx bilatéral.

Ainsi, dans les deux cas, notre diagnostic a été erroné.

Il est vrai que le diagnostic d'annexite, difficile en lui-même, est rendu plus malaisé encore par la présence d'une tumeur utérine plus ou moins douloureuse.

Est-ce à dire qu'on ne puisse jamais faire avec certitude le diagnostic d'annexite aiguë ou subaiguë compliquant un fibrome ?

Le problème est difficile; néanmoins, nous ne le croyons pas insoluble. L'essentiel est de penser à la possibilité d'une telle complication.

Pour simplifier les choses, nous distinguerons les annexites aiguës ou subaiguës survenant au cours d'un fibrome de petit volume et celles compliquant les fibromes volumineux.

Dans le premier cas, le diagnostic est assez aisé, car c'est en réalité celui d'une annexite apparue à côté d'un utérus à peu près sain. Il suffira d'éliminer l'appendicite, la péritonite diffuse, la cystite-pyéélite. Mais le diagnostic différentiel se fera essentiellement avec la torsion du pédicule d'une tumeur ovarienne, car dans les deux cas les annexes sont sensibles et douloureuses et surtout *perceptibles à la palpation*.

Empressons-nous de signaler tout de suite que le diagnostic d'annexite a beaucoup de chance d'être exact, si l'apparition de la maladie coïncide avec la période menstruelle ou avec un traumatisme intra-utérin, tel que le curetage, ou avec un écoulement blennorragique caractérisé.

Dans le cas de torsion du pédicule d'une tumeur ovarienne, tous les signes disparaissent, en particulier la fièvre. Quand il s'agit au contraire d'une annexite, l'état fébrile persiste et domine avec la douleur le tableau clinique; ces signes peuvent même s'aggraver.

En résumé, l'annexite aiguë débute presque toujours par une poussée thermique importante, des signes péritonitiques bruyants, de la sensibilité à la pression et de la défense plus ou moins grande de la paroi abdominale, des vomissements, de la constipation. Parallèle-

ment à ce syndrome s'installe de la polynucléose à 12.000, 15.000 et même davantage.

Au toucher-palper on sentira l'annexe douloureuse et plus ou moins volumineuse incluse dans le ligament large ou dans le cul-de-sac de Douglas, qui devient alors douloureux.

Dans le cas d'annexite compliquant un fibrome énorme, le diagnostic est singulièrement difficile, comme l'ont montré les deux observations présentées ci-dessus. En effet, dans ce deuxième cas, le fibrome refoule et cache les trompes et les ovaires. Il est cependant possible de faire le diagnostic :

1° En pensant à la possibilité d'une complication annexielle;

2° En se basant sur la fréquence de l'atteinte des annexes au cours des fibromes. Dans la *Presse médicale* du 9 août 1939, le Docteur André Chaliér, de Lyon, donne un chiffre supérieur à 75 p. 100. Il a observé, en effet, 161 cas d'annexites chez 212 porteuses de fibromes qu'il a opérées;

3° Lorsqu'il y a coexistence de polynucléose avec le syndrome douloureux abdomino-pelvien;

4° Lorsque la palpation descendante provoque de la douleur au niveau des faces latérales de la masse utéro-fibromateuse.

La présence des signes habituels des salpingites simples que nous avons décrites plus haut aideront à compléter le diagnostic. Nous croyons qu'il est dangereux d'avoir recours à la ponction, qui, du reste, est très difficile.

Au point de vue bactériologique, les germes généralement observés sont : le colibacille, le streptocoque, le

staphylocoque, le gonocoque, plus rarement le pneumocoque.

Conclusion : Le diagnostic des annexites aiguës compliquant un fibrome est difficile, mais non impossible. Souvent il suffit de penser à la possibilité d'une telle complication pour en faire le diagnostic.

CHAPITRE III

PROCESSUS PATHOGENIQUE DES COMPLICATIONS ANNEXIELLES

C'est une tâche ardue et quelque peu délicate que d'essayer de montrer par quel mécanisme se fait l'inflammation des annexes au cours des fibromes. Nous tablerons, pour résoudre ce problème, sur des données cliniques observées par nos maîtres et aussi sur des hypothèses. Car, dans ce domaine, l'expérimentation est difficile et les résultats souvent infidèles.

Nous croyons qu'il est préférable de simplifier le problème en classant d'une façon toute schématique les différentes voies possibles par lesquelles s'opère l'infection des annexes et de rechercher ensuite, succinctement, par quel mécanisme cette infection s'opère au cours d'un fibrome.

Classification des voies d'infection.

Nous distinguerons une voie vagino-endo-utérine et des voies extra-utérines.

1° VOIE VAGINO-UTÉRINE. — Winter, dans son livre : *Die mikro organismen in genital canal der gesunden Frau*, a décrit 27 espèces microbiennes existant, en dehors des germes spécifiques (gonocoque, bacille de

Koch, etc.) dans le vagin normal. Certains auteurs vont jusqu'à admettre la présence de microbes au niveau du col utérin de femmes vierges. Mais Strauss et Péraire ont rejeté cette dernière conclusion. Cependant Doléris (De l'endométrite et son traitement, *Nouv. Arch. de tocol. et de gynécol.*, Paris, 1887) a montré le polymorphisme des éléments infectieux dans les affections génitales et constaté dans les altérations anatomiques des organes génitaux les mêmes germes que l'on rencontre dans les diverses formes de la fièvre puerpérale.

Wertheim (*Arch. für Gyn.*, 1891-1894) a rencontré le gonocoque dans le pus tubaire et dans la tunique musculaire de la trompe.

Siredey (*Maladies des organes génitaux de la femme*) affirme qu'on a pu, dans maintes circonstances, retrouver des organismes pathologiques, non seulement à la surface des muqueuses génitales, mais dans l'épaisseur des parois utérines et tubaires.

Il résulte de ces diverses constatations qu'il existe, à l'état normal, un grand nombre d'espèces microbiennes vivant en saprophytes dans le vagin, voire dans l'utérus, et à l'état pathologique des germes spécifiques dans ces mêmes organes. Ces microbes, si fréquents dans le vagin, peuvent remonter dans l'utérus et gagner même les trompes et parfois les ovaires. C'est là ce que l'on nous permettra d'appeler « infection par voie vagino-endo-utérine ascendante des annexes ».

L'infection peut, quelquefois, suivre la voie descendante comme cela s'observe dans les tuberculoses primitives de la trompe et dans certaines salpingites compliquées d'endométrite.

Il est facile d'imaginer, en effet, que, par un processus extra-utérin quelconque, une infection gagne un ovaire. Rien n'est plus aisé aux germes pathogènes que

d'atteindre la trompe correspondante qu'ils attaquent de proche en proche jusqu'à gagner l'utérus. Mais seule nous intéresse ici l'atteinte annexielle.

2° VOIES EXTRA-UTÉRINES. — On peut sommairement les diviser en voies veineuse et lymphatique.

a) *Voie veineuse.* — Nous savons qu'il existe un plexus veineux latéro-utérin qui s'anastomose en haut avec les veines ovariennes. Il est donc possible que des microbes charriés par le sang s'arrêtent au niveau de ces veines pour infecter l'ovaire et par contiguïté la trompe. C'est pourquoi sans doute A. Sireday pense que « le pneumocoque, par sa localisation sur une seule trompe, semble provenir d'une infection sanguine ». Peut-être est-ce cette même voie qu'empruntent les germes qui altèrent les organes génitaux au cours de certaines maladies infectieuses telles que les oreillons (altération ovarienne), la grippe (périméthro-salpingite observée par Pozzi), la variole, la fièvre typhoïde (métrorragies).

b) *Voie lymphatique.* — Il n'est pas difficile de se représenter comment se fait l'infection par cette voie. Il suffit d'une érosion infectée au niveau du vagin ou du col utérin pour que les microbes passant dans les lymphatiques correspondants gagnent la voie lymphatique secondaire utéro-ovarienne de Leveuf et Godard pour infecter les annexes. Peut-être est-ce par voie lymphatique que s'opère aussi l'infection de l'annexe droite au cours de l'appendicite chronique. Clado signale en effet qu'il y a anastomose lymphatique entre la trompe et l'appendice ilio-cæcal.

Mécanisme de l'infection des annexes au cours des fibromes.

Pour cette étude, nous croyons rationnel de reprendre successivement les différentes voies d'infection que nous venons d'envisager.

1° VOIE VAGINO-ENDO-UTÉRINE ASCENDANTE. — Nous avons vu que le vagin contient une flore microbienne particulièrement riche. Or, Dooderlein (*Das scheiden Secret im seine bedeutung für das puerperal fieber*, Leipzig, 1892) a montré qu'il y a une acidité normale du vagin due à l'activité d'une bactérie spéciale produisant de l'acide lactique nuisible à la prolifération des germes.

Par ailleurs, A. Siredey signale qu'un écoulement sanguin leucorrhéique prolongé substitue au mucus vaginal acide un milieu alcalin plus favorable au développement des micro-organismes.

M. Péraire et Stroganoff ont constaté en outre que le nombre des germes augmente rapidement au moment des époques menstruelles.

Or, nous savons que le fibrome est l'un des plus grands facteurs des ménorragies. Il n'est donc pas étonnant que des hémorragies prolongées, par l'alcalinisation qu'elles provoquent dans le milieu vaginal, favorisent la pullulation des microbes vaginaux, qui pénètrent plus facilement dans l'utérus, dont la lumière se trouve souvent élargie du fait du fibrome. De là les germes peuvent gagner les trompes : d'où la fréquence des annexites.

Rappelons que l'épisode aigu qu'a présenté notre malade n° 2 est survenu le deuxième jour de ses périodes menstruelles.

2° VOIE DESCENDANTE. — Nous savons que l'infection des annexes par la voie sanguine est possible. Il n'est donc pas improbable qu'au cours d'une bactériémie des microbes parviennent au niveau des ovaires, puis des trompes. Normalement, lorsque la décharge microbienne est peu importante, les germes véhiculés par les sécrétions tubaires sont éliminés à travers les trompes jusqu'au vagin. Si donc un obstacle quelconque, comme par exemple un fibrome sous-muqueux ou interstitiel, placé de telle sorte qu'il obstrue partiellement ou totalement la voie d'élimination des germes, ceux-ci stagnent dans les trompes peuvent se multiplier à leur aise et déterminer des lésions plus ou moins graves.

Par la dissection systématique de la masse utérus-fibrome-annexes (pièces opératoires), nous avons constaté en effet que les fibromes qui déterminent les annexites sont le plus souvent ceux qui siègent au voisinage des cornes utérines.

3° VOIES VEINEUSE ET LYMPHATIQUE. — Nous avons étudié précédemment le mécanisme des infections opérées par ces deux voies. Il est donc inutile de le rappeler ici. Contentons-nous de signaler que les germes empruntant ces voies ne déterminent des lésions que lorsqu'ils sont en très grand nombre ou lorsqu'il y a un obstacle s'opposant à leur élimination. Il est indéniable que la question du terrain intervient dans une large mesure : une porteuse de fibrome épuisée par des hémorragies répétées se défend moins bien contre une invasion microbienne.

CHAPITRE IV

FAUT-IL INTERVENIR SYSTEMATIQUEMENT DANS TOUS LES FIBROMES POUR EN EVITER LES COMPLICA- TIONS ANNEXIELLES ?

Le problème de l'intervention systématique a suscité de nombreuses discussions au cours de ces dernières années. Certains auteurs, redoutant les complications probables des fibromes, conseillent volontiers l'intervention systématique. D'autres, par contre, craignant les suites opératoires (hémorragies, chocs post-opératoires), sont plus réservés. Le Docteur Walther Benthin, de l'Hôpital de Königsberg, affirme dans son livre : *Diagnostic et diagnostic différentiel des maladies de la femme*, que « des myomes évoluent lentement et régressent parfois complètement ». On a observé des myomes cervicaux obturant l'orifice pelvien résorbés presque complètement au cours d'une grossesse suivie d'accouchement spontané. Mais nous savons tous que, tout fibrome peut subir la dégénérescence maligne ou nécrobiotique ou se compliquer d'annexite aiguë suppurée, constituant ainsi une menace perpétuelle pour la vie de la malade. D'autre part, comme toutes les porteuses de fibromes ne sont pas susceptibles d'être enceintes, nous croyons, pour notre part, qu'il faut être très prudent. Un fibromyome qui évolue fort lentement,

sans donner d'autres accidents que des ménorragies négligeables, doit être respecté, mais suivi d'une façon régulière dans son évolution par le médecin. On interviendra dès que les hémorragies deviennent importantes, pour éviter les risques d'anémie, ou dès qu'il y a la moindre menace de complication.

Toutefois, il nous paraît intéressant de rappeler à nouveau la statistique donnée par A. Chaliér, statistique troublante en vérité, puisque sur 212 fibromes opérés par lui, il y en a 161 compliqués d'annexite. Bien entendu, il ne s'agit pas là toujours de complication aiguë. Mais qui pourrait jamais prévoir quand une altération salpingo-ovarienne, évoluant jusqu'alors d'une façon torpide, est susceptible de se réchauffer et prendre une allure suraiguë, mettant ainsi la vie de la malade en danger.

Devant ces considérations fort embarrassantes, nous nous demandons s'il ne serait pas prudent de pratiquer plus fréquemment l'ablation des fibromes. Inutile de dire qu'on doit toujours se baser sur le résultat de la recherche des temps de saignement et de coagulation sanguine et du bilan des tares viscérales possibles de la malade.

Ainsi, à la fin de notre thèse, le problème reste toujours posé. Pour le moment, nous nous bornerons à formuler le vœu qu'un jour très prochain les porteuses de fibrome trouvent dans un traitement anti-infectieux ou d'immunisation un abri contre les complications annexielles aiguës, si souvent redoutables.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes compliqués d'annexites aiguës sont loin d'être rares.

II. — Ce sont souvent les fibromes sous-muqueux qui se compliquent d'annexites aiguës, ce qui fait penser que l'infection gagne les annexes par voie endo-utérine.

III. — A l'égal des autres complications du fibrome, l'infection annexielle aiguë est un argument important en faveur du traitement chirurgical des fibromes.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
CHEVASSU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

